DATOS REQUERIDOS

1. DATOS GENERALES

Datos Generales	**Contrato**	**X**	**Convenio**		**Orden**		**No.**	
	Tipo							
Objeto	ALQUILER EQUIPO DE NEUROMONITOREO QUE INCLUTE EQUIPO TECNOLOGICO Y EQUIPO HUMANO PROFESIONAL MEDICO PARA EL SERVICIO DE NEUROCIRUGIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL							
Contratista	IMQUIRURGICOS							
Identificación (CC – Nit)	900820009							
Representante Legal	ALEIDA ROJAS							
Supervisora(or) / Interventora(or) del Contrato	**Nombre**	SINDY MARIA AMAYA MARQUEZ						
	Cargo	SUPERVISORA CONTRATO 089-2024						

FECHAS RELEVANTES

	FECHA DD/MM/AÑO
Suscripción	16-02-2024
Iniciación	22-04-24
Cesión	N/A
Suspensión	N/A
Reinicio	N/A

2. PLAZO DE EJECUCIÓN

PACTADO (meses)		**FECHAS**	
		Desde	**Hasta**
Inicial	2	1/04/2024	31/05/2024
Prórroga	1	1/06/2024	30/06/2024
Prórroga			
PLAZO TOTAL	3	1/04/2024	30/06/2024
PLAZO TOTAL EJECUTADO	3		

DATOS REQUERIDOS

3. VALOR

CONCEPTO	VALOR EN PESOS
VALOR INICIAL	$58.500.000
VALOR ADICION	$25.000.000
VALOR REDUCCIONES	
VALOR TOTAL	$83.500.000

4. BALANCE FINANCIERO

FACTURA	ORDEN PAGO	FECHA	VALOR
IMQE8345		29/04/24	4.276.774
IMQE8346		29/04/24	6.491.809
IMQE8367		29/04/24	6.491.809
IMQE8348		29/04/24	4.276.774
IMQE8397		3/05/24	6.491.809
IMQE8398		3/05/24	4.276.774
IMQE8399		3/05/24	6.491.809
IMQE8400		3/05/24	4.074.076
IMQE8470		8/05/24	4.348.174
IMQE8469		8/05/24	6.491.809
IMQE8718		6/06/24	6.491.809
IMQE8719		6/06/24	3.494.155
IMQE8900		28/06/24	6.491.809
IMQE8901		28/06/24	4.145.476
VALOR PAGOS EFECTUADOS			$74.334.866
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA			$9.165.134
SALDO A LIBERAR O NO EJECUTADO			$9.165.134

La(el) supervisora(or) / interventora(or) certifica:

- Que los aportes a parafiscales se hicieron dando cumplimiento a la ejecución del contrato.
- Que los pagos autorizados, se hicieron dando cumplimiento a la forma de pago pactada.

5. VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL OBJETO, ALCANCE Y OBLIGACIONES

La Supervisión deja constancia de haber verificado el cumplimiento de la totalidad de las obligaciones a cargo del contratista en los siguientes términos:

DATOS REQUERIDOS

OBJETO	VERIFICACIÓN
ALQUILER EQUIPO DE NEUROMONITOREO QUE INCLUTE EQUIPO TECNOLOGICO Y EQUIPO HUMANO PROFESIONAL MEDICO PARA EL SERVICIO DE NEUROCIRUGIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	SE CUMPLE CON LA PRESTACION DEL SERVICIO DE ALQUILER
ENTREGA DE BIENES O PRODUCTOS	**VERIFICACIÓN**
ALQUILER EQUIPO DE NEUROMONITOREO QUE INCLUTE EQUIPO TECNOLOGICO Y EQUIPO HUMANO PROFESIONAL MEDICO PARA EL SERVICIO DE NEUROCIRUGIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL	SE VERIFICA CON EL AREA DE ALMACEN LA ENTREGA DE CADA UNO DE LOS INSUMOS

OTRAS OBLIGACIONES	VERIFICACIÓN
	N/A

6. VERIFICACIÓN OBLIGACIONES SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y RECURSOS PARAFISCALES

(Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, el artículo 50, sobre control a la evasión de los recursos parafiscales).

El contratista acreditó durante la ejecución del contrato, los recibos de pagos de aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral, de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente.

FECHA	VALOR TOTAL	SALUD	PENSION
N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A

Nota: Se deberá adjuntar el pago de Parafiscales y Seguridad social del último mes en que se firma la presente acta.

7. POLIZAS

Para la fecha de la firma del acta final deberán estar vigentes las pólizas

N° DE POLIZA	AMPARO	VIGENCIA	
		INICIO	FINAL
21-46-101090995	CUMPLIMIENTO	01/04/2024	30/04/2025
21-40-101230739	RESPONSBILIDAD	01/04/2024	31/10/2024

Nota 1: Este ITEM no aplica para los Contratos de Prestación de Servicios con persona natural, si no se requiere.

DATOS REQUERIDOS

Nota 2: La vigencia de las pólizas deberá ser posterior a seis (06) meses una vez se firme la presente acta.

8. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DEL PROVEEDOR

El supervisor en desarrollo de la ejecución del contrato deberá diligenciar las siguientes casillas, para medir el cumplimiento del proveedor

Concepto	1	2	3	4	5
Solución a inconvenientes					x
Comunicación con la(el) supervisora(or) / interventora(or)					X
Oportunidad en la gestión					X
Calidad del bien o servicio					X
Cumplimiento					x

Nota: Califique al contratista de conformidad con la siguiente tabla, siendo el 5 el puntaje más alto y el 1 el puntaje más bajo.

9. OBSERVACIONES Y CONSTANCIAS FINALES

Para constancia se firma en Bogotá, a los () días del mes de () de ()			
El SUPERVISOR		**El CONTRATISTA**	
Nombre	SINDY MARIA AMAYA MARQUEZ	**Nombre Representante Legal**	
Identificación	52395857	**Identificación**	
FIRMA			